Une démarche au service de la santé

GROUPES QUALITÉ

Mieux utiliser la nomenclature : Les freins, comment changer ?

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème régional Pays de la Loire - novembre 2016

Groupe de travail :

- Dr LEQUEUX Yves,
- Dr PONS Laurent.

Groupe de lecture :

- Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

Le mode de rémunération principalement basé sur l'acte constitue la variable clé de la régulation de notre système de santé. Un financement forfaitaire figé et limité au soin alors que la diversité du champ d'intervention du médecin généraliste et du contenu de la consultation est de plus en plus important. Evolution de certains paramètres (vieillissement de la population, prévention, dépistage, hausse de l'espérance de vie, hausse du nombre de maladie chroniques, diminution de l'incapacité).

Cet état de fait réduit la possibilité de mettre en place certaines innovations utiles en santé publique (prévention, télémédecine, coordination par exemple) ou demandées par les patients (conseils, expertises).

La nécessité de valorisation de la médecine générale a induit la création de nouvelles cotations au fil du temps, tel : création de la visite longue, majoration des consultations au retour d'hospitalisation et pour les insuffisants cardiaques, majoration tarifaire pour le suivi pédiatrique ou encore la consultation annuelle des patients ALD...

Aujourd'hui les médecins généralistes n'utilisent dans la nomenclature principalement que l'acte de consultation alors qu'il existe une grande diversité de cotation d'acte adaptée à la variété des situations rencontrées en médecine générale.
Des actes et forfaits détaillés existent et peuvent être davantage développés pour diversifier l'activité. Des prestations, innovations et services aux patients, non pris en charges par l'Assurance maladie et ouverts à la liberté tarifaire, doivent être mieux appréhendés par la profession.

Il existe de nombreux freins à l'utilisation optimale de la nomenclature, en particulier : Culpabilité financière, patient non informé, la complexité du codage, chronophage, l'oubli, code non enregistré dans le logiciel

Nos objectifs :

- Faire prendre conscience de l'enjeu pour la médecine générale d'optimiser notre utilisation de la nomenclature (traçabilité de notre activité, c'est utile à mon patient, valorisation financière…)
- Identifier les freins (savoir et savoir-être) et les difficultés (savoir-faire) rencontrées par les généralistes et changer nos comportements.
- Proposer des moyens pour faciliter ce changement (des outils simples et accessibles, information des patients sur la diversité de nos actes et de la cotation, la prise en charge ou non par l'AM…)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Décret no 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. JO 12 février 2009 ;

CNAMTS - CCAM version 43.50 applicable au 28 juin 2016 ;

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). UNCAM 11 mars 2005 ;

Orientations convention médicale. Conseil UNCAM janvier 2016 ;

SITES UTILES

http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/la-ccam-du-mg

http://www.mgfrance.org/images/nomenclature/memo-cotations-MG.pdf

http://nomenclature-medecin-generaliste.freesite.host/

LOGICIELS D'AIDE A LA COTATION

- Sur smartphones :
  - le plus simple est : « Honoraires » de la société Alkeo
  - le plus complet mais qui nécessite de l'expérience: « ICCAM »

- Sur mac: « ICCAM ».

DOCUMENTS UTILES

Affichage tarifs. Note juridique.CSMF
Plaquette mémo nomenclature. MGF.2015
Plaquette mémo nomenclature. UNOF.2015
Questionnaire enquête nomenclature.URML. juin 2016
Modèle affiche tarif actes généralistes secteur 1.CSMF

FICHES PRATIQUES (URML-Pays de la Loire. 2016)

Fiche.1 C-ALD (CA)
Fiche.2 Visite Longue (VL)
Fiche.3 Pédiatrie (MNO-MGE-FPE)
FICHE.4 Sortie hospitalisation (MIC-MSH)
Fiche.5 ECG
Fiche.6 FCU
Fiche.7 Plaies-sutures
Fiche.8-Evaluation dépression
Fiche.9 Majoration forfaitaire d'urgence

CONDUITE DE REUNION

Séquences de travail : Pourquoi et comment changer nos comportements sur l'utilisation de ces codages ?

Méthode pédagogique : à partir d'un « quizz » situations cliniques
Pour chaque situation clinique, tour de table et réponses individuelles aux questions suivantes. Le questionnaire d'enquête (cf biblio.) peut servir de support pour favoriser les échanges) :

- Je connais / Je ne connais pas cette cotation
    - Je connais et je l'utilise régulièrement
    - Je connais mais je ne l'utilise pas
        - Pourquoi ? (freins)
- Motivation
    - Cette cotation est pertinente pour ma pratique et je suis prêt à l'utiliser. Qu'est-ce qui me serait utile ?
    - Je ne suis pas motivé pour utiliser cette cotation

En fonction du temps restant disponible :
- Questions individuelles sur d'autres cotations
- Réponse du groupe (dossier documentaire ou recherche documentaire)
- Questions restées sans réponse à documenter pour la prochaine séance

Les conditions nécessaires pour inciter les médecins à changer leur comportement :

1. Motivation : avoir de bonnes raisons de changer. Les médecins doivent être convaincus que la cause est importante (traçabilité de notre activité de soins, service rendu aux patients…) et qu'ils possèdent l'autorité nécessaire (cadre réglementaire conventionnel).

Replacer la nomenclature comme chapitre des « bonnes pratiques » (c'est utile à mon patient…). Par exemples :
- de pratiquer un ECG annuel chez les patients DNID,
- l'importance du FCU dans le dépistage du cancer du col,
- l'évaluation d'un syndrome dépressif avec une échelle spécifique est un argument diagnostic pour prescrire un traitement antidépresseur……

Discussion : OK …. ? Si non pourquoi ?

2. Capacité : ils doivent posséder, la confiance, les compétences et les connaissances nécessaires pour changer. 3 domaines :

- <u>Savoir-être</u> : Quelles sont vos difficultés, vos « freins » à l'utilisation de cette nomenclature. Comment faire payer les patients pour les actes « hors nomenclature », informer son patient sur la cotation des actes, la prise en charge ou non par l'AM ….

- <u>Savoir</u> : à partir d'exemples concrets d'actes courants en pratique généraliste (ECG, évaluation dépression, évaluation cognitive, FCU)

- <u>Savoir-faire</u> : votre logiciel informatique est-il performant pour utiliser ces codages dans votre pratique de consultation ? Comment l'améliorer ?
D'où l'intérêt d'élaborer les outils susceptibles de nous aider à mieux utiliser les cotations spécifiques. Elaborer un document d'information des patients.

LES PRINCIPAUX MESSAGES

Obligation d'affichage du professionnel de santé : Le décret du 10 février 2009 impose d'afficher les tarifs des honoraires et tarifs de remboursements par l'assurance maladie des prestations suivantes :
Consultation, visite à domicile, majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées.

Le détail sur l'affiche de la cotation actes et majorations n'est pas nécessaire mais uniquement le montant final de l'acte.

L'information du patient est obligatoire. Vous devez afficher les phrases suivantes : « Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :
- exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
- non-respect par vous-même du parcours de soins.
Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Les textes antérieurs restent toujours en vigueur et vous devez toujours afficher :
• Votre situation au regard de la Convention (arrêté du 11 juillet 1996)
• Le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence (arrêté du 25 juillet 1996)
• Rappel du 15 pour les urgences vitales (arrêté du 25 juillet 1996)
• Avertissement des patients lors de l'utilisation de fichiers informatiques (Loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978)
• Appartenance éventuelle à une association de gestion agréée (décret du 27 juillet 1979)

Les deux modes de cotation :

Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
http://www.ameli.fr/fileadmin/userupload/documents/NGAP.pdf

Les cotations de base en médecine générale utilisent les lettres clef : C ou CS, V ou VS, VL, CA, C2
Et **deux nouvelles lettres** :

- **MSH** : Majoration de Suite d'Hospitalisation **(fiche 4)**
- **MIC** : Majoration insuffisance cardiaque **(fiche 4)**

Les actes simples :

Consultation Annuelle ALD **(fiche 1)**	CA	26 €
Visite longue **(fiche 2)**	VL	46 €
Rédaction protocole soins - arrêt travail > 6 mois - ALD enfant < 16 ans - Article L 322- 1 et L324-1	C 1,5	34,50 €
Entretien Prénatal 1er trimestre*	C 2,5	57,50 €

Acte de consultant**	C2	46 €

*Entretien prénatale précoce du 1 er trimestre (patiente seule ou accompagnée) permet au médecin de restituer son intervention dans le dispositif de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.
Il doit être coté100% maternité en indiquant la DDR ou DDG.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

**Acte Ponctuel de Consultant dans Parcours de Soins ou C2. Peut être réalisé par les spécialistes en médecine générale.
Avec lettre au médecin traitant. Ne pas avoir vu le patient 4 mois avant et ne pas le voire 4 mois après la consultation cotée C2.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fiche_pratique_medecin_C2_01.pdf

Les majorations cumulables avec le C(S) et la V(S) sous certaines conditions**.**

Majoration pour actes coordonnés du MG*	MCG	3 €
Majoration nourrissons < 2 ans **(fiche 3)**	MNO	5 €
Majoration Grand Enfant 2-6 ans **(fiche 3)**	MGE	3 €
Forfait Pédiatrique 8é j, 9 et 24 mois **(fiche 3)**	FPE	5 €
Majoration Suite Hospitalisation **(fiche 4)**	MSH	23 €
Majoration suite décompensation ins.cardiaque **(fiche 4)**	MCI	23 €

*Majoration de Coordination Généraliste (C + MCG = 23 + 3 = 26 €) quand un médecin généraliste intervient:
- soit en tant que correspondant d'un autre médecin généraliste:
-soit pour cause d'urgence;
-ou en cas d'éloignement du patient de sa résidence habituelle (cocher la case « hors domicile ».
Dans tous les cas un courrier doit être adressé au médecin traitant et/ou correspondant

Les majorations Nuits, Dimanches et jours fériés cumulables avec le C et le V et certains actes de CCAM

En consultation (appel après 19h) Nuit 20 h-24 h et 6h-8h Milieu de nuit 0h - 6 h Dimanches et fériés	 MN MM F	 35 € 40 € 19,06 €
En Visite (appel après 19h) Nuit 20 h-24 h et 6h-8h Milieu de nuit 0h - 6 h Dimanches et fériés	 MDN MDI MDD	 38,50 € 43,50 € 22,60 €

Déplacements: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/les-visites-a-domicile_haut-rhin.php

Majoration Déplacement	MD	10 €
Indemnité de déplacement	ID	3,5 €
Indemnité kilométrique plaine* (hors agglomération)	IK	0,61 €
Majoration forfaitaire d'urgence (fiche 9)**	MU	22,60 €

***IK** - Remboursables sur la base de la distance du médecin équivalent le plus proche L'abattement total est de 4 km (2 aller + 2 retour). Pour un déplacement de 24 km A/R = 20 km facturés:
Dérogations:
- En garde quel que soit le nombre sur le secteur de garde officiel
- Pour le médecin traitant (dans la limite de 60 IK maximum)
« par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale. » (extrait de la NGAP- art.13-c)

****MU** - Cotation à utiliser si vous interrompez vos consultations pour une visite d'urgence :
- soit à la demande du centre 15 ;
- soit à la demande expresse et motivée du patient.
La majoration d'urgence peut se cumuler avec :
- les IK ;
- la cotation ECG.
Elle ne peut pas se cumuler avec :
- les majorations de nuit (MDN, MDI), de dimanche et jours fériés (MDD) ;
- la majoration de déplacement (MD).

Si vous estimez que votre déplacement était injustifié vous pouvez majorer le montant de vos honoraires. Vous indiquez alors votre « DE » dans la zone sur la feuille de soins.

Cotations spécifiques accidents du travail : pas uniquement la lettre C...

- Certificat initial : **C(S)+ K 0,4** (0,77) = 23,77
- Certificat initial en cas de blessure grave : **C(S) + K 0,7** (1,34) = 24,34
- Certificat final (dans tous les cas) : **C(S) + K1** (1,92) = 24,92

Soins hors nomenclature (HN):

Article 54. Dispositions réglementaires ouvrant droit au remboursement par certaines mutuelles : « Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins, ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L162-4 de la Sécurité Sociale. Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support ad hoc. » Les soins hors nomenclature ne peuvent donner lieu à remboursement par les caisses d'Assurance Maladie. Dans le cas où une mutuelle complémentaire prendrait en charge les actes non remboursables par l'assurance maladie, il appartiendrait à l'assuré de produire le reçu remis par son médecin.

Le médecin est autorisé dans une même consultation de coter un acte conventionnel et un acte non pris en charge par la CPAM, par ex :

- Consultation + examen Sportif
- Consultation + certificat assurance

Il n'est pas autorisé de coter deux actes dépendant de la convention (ex: accident du travail et renouvellement d'ordonnance)

Les actes hors nomenclature ne doivent pas être inscrits sur la FSE ou FSP mais faire l'objet d'une note d'honoraires séparée
Exemple de note d'honoraires pour un certificat sportif au cours d'une consultation de renouvellement : 23 € (C) + 20 € (sport) = 43€
Le patient paye 43 € au total pour un C à 23 € inscrits sur la FS + 20 € non notés sur la FS mais sur une note d'honoraires séparée.
« Je soussigné Dr…. atteste avoir perçu ce jour de Mr…. 20 € d'honoraires pour un certificat médical de sport »

Consultations hors nomenclature: tarif libre

- Consultation d'accompagnement sportif.
- Consultation du voyageur.
- Consultation pour parler d'un proche.
- Consultation d'accompagnement psychologique.
- Consultation de prévention.

La **CCAM** (Classification Commune des Actes Médicaux).

Principes de base de la technique du codage :
- uniquement sur des actes techniques
- chaque acte est codifié avec 4 lettres et 3 chiffres
- avec des modificateurs à utiliser (dont en particulier le « M » pour les urgences)

L'acte C(S) du médecin généraliste n'est cumulable qu'avec 3 familles de codes CCAM

- **l'ECG** : DEQP003 **(fiche 5)**
- le **FCU** (JKHD001)... mais à 1/2 tarif ceci depuis la convention de 2005 **(fiche 6)** ;
- et certaines **biopsies**, là encore à 1/2 tarif

En cas de cumul de deux actes techniques :
- Premier acte tarifé à sa valeur normale - code association = 1
- 2ème acte tarifé à 50% de sa valeur - code association "2"

ATTENTION : Certains actes techniques sont désormais minorés pour les praticiens du secteur 2 (Exception faite des signataires du CAS)

Comment coder en CCAM ? La règle de base est :

- une ligne par code
- indication de la date de l'acte pour chaque ligne

Date	Code des actes	Activité	C,CS V,VS	Autres actes Tarification CCAM	Tarif	Dépassement	ID	IK
01/10/13			C(S)		23.00			
01/10/13	DEQP003	1			14.26			
					TOTAL :	37.26		

Modificateurs :

- Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation.
- Il s'applique à une liste précise d'actes.
- L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte.

Quatre modificateurs au plus peuvent être codés. Les codes **P, S et F** sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

- **P** : acte réalisé en urgence de 20h à 00h (35 €)
- **S** : acte réalisé en urgence de 00h à 08h (40 €) ;
- **F** : acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié (19,06 €) ;
- Code **M** : majoration pour soins urgents au cabinet (26,88 €), pour certains actes CCAM uniquement

Les Codes « activité »

- code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 % ;
- code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 % ;

Quelques exemples de cotation des actes techniques CCAM :

La mention **M** après le code signale les soins réalisés en urgence au cabinet (indiquer M en colonne "Eléments de tarification CCAM"). Le montant de la majoration **M = 26,88** est inclus dans les tarifs ci-dessous;

Sutures (fiche 7)

Suture plaie superficielle de la face < 3 cm	**QAJA013 + M = 58,23** (+F, P ou S)
Suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	**QAJA005 + M = 101.33** (+ F-P-S)
Suture plaie superficielle de la face > 10 cm	**QAJA002 + M = 109.83** (+ F-P-S)
Suture plaie superficielle < 3 cm	**QZJA002 + M = 52.40** (+ F-P-S)
Suture plaie superficielle de 3 cm à 10 cm	**QZJA017 + M = 78.64** (+ F-P-S)
Parage-Suture plaie superficielle > 10 cm	**QZJA015** + **M = 88.56** (+F-P-S)
Incision ou excision d'un panaris superficiel	**MJPA010 = 38.29** (+ F-P-S)
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	**EGFA007 = 62,70** (+F-P-S)
Tamponnement nasal antérieur	**GABD002 + M = 54.60** (+F-P-S)

Infiltrations

Infiltration transcutanée articulation membre supérieur	**MZLB001 = 26,13**
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	**AHLB006 = 29,49**

Infiltration transcutanée articulation membre inférieur **NZLB001 = 30,82**

Traumatologie

Contention orthopédique de fracture de la clavicule **MADP001 + M = 68,68** *(F-P-S)*
Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale **MEEP002 + M = 66.59** *(F-P-S)*
Réduction orthopédique pronation douloureuse coude **MFEP001 = 31,35** *(F-P-S)*
Attelle de posture ou mobilisation poignet et/ou main **MGMP001 = 44.89** *(F-P-S)*
Confection attelle de posture ou mobilisation genou **NFMP002 = 47.57** *(F-P-S)*
Attelle de posture ou de mobilisation de la cheville **NGMP002 = 40.87** *(F-P-S)*
Contention souple du genou **NFMP001 + M = 68,68** *(F-P-S)*
Contention souple cheville et/ou pied, ou Semelle plâtrée **NGMP001 + M = 47,78** *(F-P-S)*

Gynécologie

Pose d'un dispositif intra-utérin **JKLD001 = 38,40**
Changement d'un dispositif intra-utérin **JKKD001 = 38,40**
Ablation ou changement d'implant sous cutané **QZGA002 = 41,80**

Dermatologie

Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5cm² **QZFA036 + FSD = 68,80** *(F-P-S)*
Ablation corps étranger superficiel de la peau visage ou mains **QAGA003 = 47.50** *(F-P-S)*

Pédiatrie *:*

Dépistage surdité enfant < 3 ans *(avec « sensory baby test »)* **CDRP002 = 48.51**

Evaluation d'un syndrome dépressif : **ALQP003 = 69,12 €** **(fiche 8)**

Exemple d'actes techniques associés :

Le médecin code les actes réalisés et indique. Le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée.
L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Confection en urgence d'une orthèse statique d'un doigt **après** parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main

Suture plaie profonde main **QCJA001** = 62,70€ + Orthèse statique **MHMP007 /2** = 38,40 /2 =19,20 + **M** = 26,88 € → total = **108,78 €**

Plaie profonde de la face touchant la lèvre et non transfixiante
La plaie peut être décomposée en deux:

Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau de la face de moins de 3cm de grand axe (acte principal) : **QAJA004** (62,70 €) + **M** (26,88) = 89,58€ + Parage ou suture de plaie non transfixiante de lèvre (acte secondaire) **: HAJA003 + X 9** (28,93 / 2 = 14,47€) = **104,05€**

L’urgence avec détresse :

Prise en charge de premier recours (détresse respiratoire, cardiaque ; détresse d'origine allergique ; état aigu d'agitation ; état de mal comitial ; détresse d'origine traumatique), nécessitant des actes techniques (pose perfusion, administration d'oxygène, réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin.

1/ Détresse au cabinet : **YYYY010** (48€) **+ M** (26,88) = **74,88** € (+ majorations possibles F, P, S)

2/ Détresse hors du cabinet : **YYYY010** (48€) **+ MU*** (22,60) ou majoration F, P, S si WE ou nuit + IK (si nécessaire)
***MU** majoration d’urgence pour actes hors cabinet le jour de semaine

En cas de détresse (au cabinet ou en visite), l’ECG (**DEQP003)** peut être ajouté au **YYYY010** mais divisé par 2 (code association 2).