



Comment optimiser : ses revenus ?

E. Vaillant
Secrétaire adjoint Synmad

Symposium SYNMAD – Samedi 25 mars 2017



Plan

- La ROSP
- Les associations d'actes : les règles
- Les modificateurs
- La PDSES
- Les charges



Les associations d'actes

Notion d'Acte global

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global :
(article I-6 des DG CCAM)

- Un libellé décrit un **acte diagnostique et/ou thérapeutique complet** et achevé, **dans le même temps d'intervention, par le même intervenant**
- Chaque libellé comprend implicitement l'**ensemble des gestes** nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art. Sont implicitement regroupés tous les gestes nécessaires à son exécution.



Notion d'Acte global et période pré et post opératoire

Pour les actes chirurgicaux et les interventionnels ayant cette vocation « chirurgicale », il comprend:

pour le médecin qui réalise l'acte

- la période pré (hors la consultation à l'origine de l'acte)
- et la période post opératoire (en ce qui concerne les conséquences directes liées à l'acte) pendant une durée de **15 jours**.

Ceci concerne :

- la Réalisation de plusieurs actes différents, dans **le même temps**, pour le même patient, **par le même médecin**
- Après avoir vérifié que les actes ne sont pas des actes qui ne peuvent être réalisés seuls : « **complémentaires** » ou « **suppléments** » de l'acte principal (dans la fiche de l'acte), car dans ce cas, c'est 100 % pour l'acte complémentaire ou le supplément sans code spécial.



INCOMPATIBILITES D'ASSOCIATIONS

cela concerne les actes effectués dans le même temps article I-12 des DG CCAM

Il est impossible de tarifer **dans le même temps** (*en toutes lettres dans le texte*), l'association entre :

- **1** des actes composant une **procédure**;
- **2 un acte incluant un autre acte**, et ce dernier ;
- **3** un acte comportant la **mention «avec ou sans» un autre acte**, et ce dernier ;
- **4** un acte dont le **libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte**, et ce dernier ;
- **5 des actes identiques** :
 - réalisés sur le même site anatomique
- **6 des actes traduisant une même action ou une même finalité** diagnostique ou thérapeutique sur le même site, ce qui ne signifie pas qu'il est interdit d'associer 2 actes de ce type, mais à condition qu'il n'aient pas la même finalité, ou si l'action est différente.
- **7** A ces incompatibilités générales s'ajoutent **celles liées au contenu précis de l'acte**, explicitées dans son libellé ou dans les notes adjointes (indiquées dans la fiche CCAM)

LES ACTES SUSCEPTIBLES D'ETRE INCOMPATIBLES EN ASSOCIATION sont en général ceux dont les **CODES COMMENCENT PAR LES MEME TROIS PREMIERES LETTRES**

Exemple: LEFC002 exérèse hernie discale par thoracoscopie et
LEFA013 exérèse hernie discale par thoracotomie



Règles pour les actes CCAM associés

- Association de **deux actes** maximum dans le même temps :
 - le premier à 100 % : code : 1
 - le second à 50 % : code : 2
 - Exceptions dans certains cas : second acte à 75% le code est 3, parfois troisième acte possible à 50% code 2, série d'actes à 100% le code est 4
 - Pas en gastroentérologie sauf acte radiologie
- **Association d'actes la même journée par le même médecin**: elle est possible pour raisons médicales ou dans l'intérêt du patient : 100 % : code : 5



Modificateur Urgence : définition

- Acte non prévu plus de 8 heures auparavant, **réalisé entre 20 H et 8 H, ainsi que le Dimanche ou Jour Férié**
- Pour une affection, ou la suspicion d'une affection
- Mettant en jeu de la vie du patient ou l'intégrité de son organisme
- Nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
- Ne s'applique qu'à un seul acte, s'il y en a plusieurs

Modificateurs : Urgence

P	35 €	pédiatres et médecine générale de 20H à 00H
S	40 €	pédiatres et médecine générale de 00H à 08H
M	26,88 €	<p>+ toutes spécialités : S pour actes sous AG ou loco-R</p> <p>Pédiatres et Généralistes, Soins Urgence au cabinet, liste actes</p>
F	19,06 €	Dimanche ou jour férié toutes spécialités
U	25,15 €	Nuit entre 20H et 8H autres spécialités que MG Péd



Association acte CCAM et Consultation

- Cs (C2) + **Radio thorax (100%)** pour Pneumos
- Cs (C2) en clinique + **intervention urgente (100%)**
- Cs (C2) + **ECG (100%)**
- Cs (C2) + **Ostéo densitométrie (100%)** Rhumatos, Réadaptateurs
- Cs ou C + **Echographie obstétricale (100%)** (1 fois/trimestre) MG, Gynéco, Obstétricien.
- Cs (C2) + **Biopsie (à 50%)** Dermatos MG
- Cs (C2) ou C + **Prélèvement cervico vaginal (à 50%)**

Pas de code d'association si association acte CCAM et NGAP

Le code 5 Article III-3.B.2.h du Livre III

- Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient
 - des actes à des moments différents et discontinus de la même journée,
 - à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs,
 - Facture à taux plein, il doit le
 - justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.
- Tous les actes doivent être utiles et nécessaires pour répondre à l'obligation de soigner suivant « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. ».

Le code 5

- raisons médicales ou intérêt du patient : une seule condition suffit.
- sur le plan des raisons médicales :
 - les conclusions du premier examen motivent le second
 - Non une convocation du patient pour une série d'actes programmés le même jour
 - La nécessité médicale de faire ce 2^{ème} examen dans un temps rapproché
 - caractère non systématique de l'utilisation du code 5.
- L'intérêt du patient recouvre à priori des situations assez diverses qui sont à évaluer au cas par cas.
 - mobilité réduite
 - déplacement qu'en VSL ou grandes difficultés à se faire conduire
 - Une importante distance entre le domicile et la structure médicale.
 - Un départ prochain du patient dépendant des résultats des examens
 - L'état psychologique du patient faisant craindre le non suivi s'ils ne sont pas réalisés dans la journée. -....

Le C2 ou niveau 3

- Accessible aux spécialistes qualifiés
- Au cabinet ou en établissement (mais sur demande du médecin traitant)
- Demande explicite (non forcément écrite) du **médecin traitant**, ou de son remplaçant ou en cas de déplacement ou urgence, du médecin qui adresse le patient (copie de la lettre du Consultant avec notion d'adressage à envoyer aussi au médecin déclaré)
- Pas de C2 en cas de rythme de Consultation prévu dans le protocole ALD
- Pour les < à 16 ans ou les titulaires de l'AME le médecin traitant est celui qui adresse le patient

Le C2 ou niveau 3

- **REGLE des 4 mois** : ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents et ne pas avoir à le recevoir de nouveau pour une **consultation programmée** dans les 4 mois suivants
- **MAIS possibilité au décours de ce C2** :
 - ou de revoir le patient pour une Cs de synthèse, si examens complémentaires demandés à un autre professionnel de santé
 - ou de pratiquer les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis de Consultant. **Dans ce cas, pas de Cs de synthèse**
- En cas d'**événement intercurrent**, possibilité de revoir le patient dans les 4 mois, mais pour une **Cs**



PDSES, PDSA continuité des soins

- PDSES (permanence de soins en établissement de santé)
 - Loi HPST mission de service public organisée et attribuée par le directeur de l'ARS
 - Accueil et prise en charge de nouveaux patients en aval et/ou dans le cadre de réseaux de médecine d'urgence nuit WE J fériés
 - Service d'urgence des ex OQN
- PDSA permanence des soins ambulatoire
 - Besoins de soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville ou établissement



PDSES et PDSA

La PDSES : Financement FIR (ARS)

- 1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :
- Montant pour :
 - — une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229 € ;
 - — une période de garde assurée en début de nuit : 79 € ;
 - — une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150 €.
- 2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :
- Montant pour :
 - — une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 150 € ;
 - — une période d'astreinte assurée en début de nuit : 50 € ;
 - — une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi 100 €.
- Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Instruction DGOS du 16 dec 2011, arrêté du 16/01/2012 établissements soumis à CPOM (mission de service publique)

L'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de [l'article L. 6112-1](#) est fixée ainsi qu'il suit :



Optimiser ses charges

- L'évolution des honoraires :
 - < coût de la vie/charges
 - Sect 1 bloqué, optam bloqué
 - Travailler plus ...
- Optimiser ses charges
 - de cabinet
 - sociales : optam
- Optimiser sa fiscalité :
 - Eviter le BNC, Privilégier l'IS (28 %)/IR
- Pour les syndicats : négocier un statut de société d'exercice médical



CONCLUSION

- Bien connaître la CCAM
- Attention aux associations d'actes
- Les astreintes et gardes peuvent être pris en charge
- Les actes en urgences sont majorés
- Optimiser ses charges
- Optimiser sa fiscalité