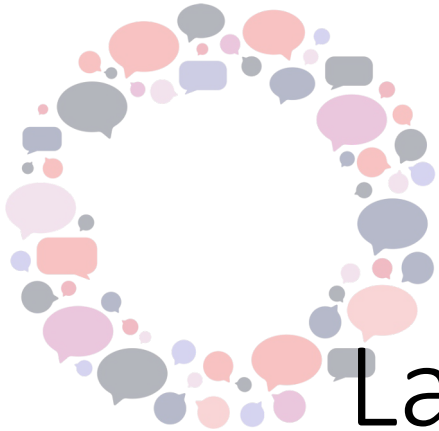




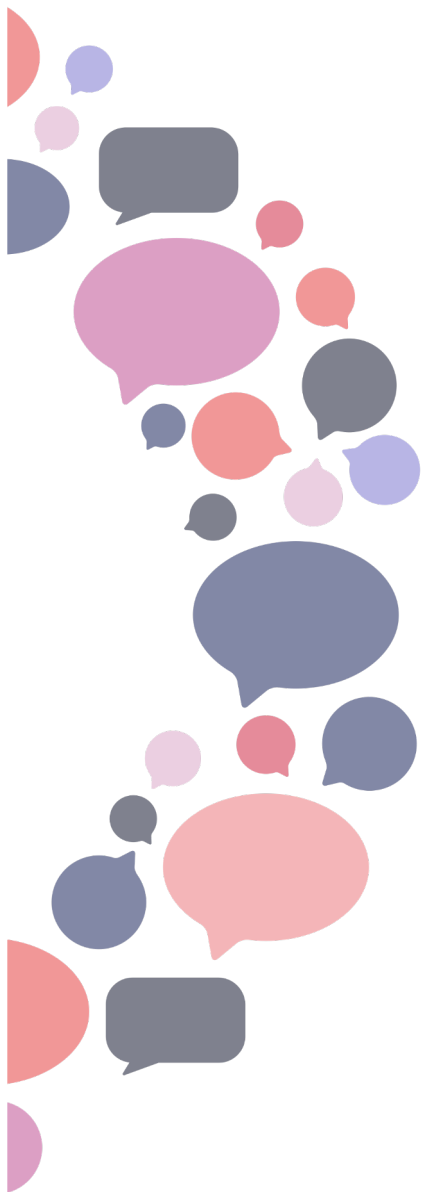
TARIFER SON ACTIVITE: Comment Pourquoi ?

Dr Bertrand de Rochambeau
Pdt du Syngof et co-Pdt du Bloc
GYNAZUR Antibes 12 Juin 2026

syngof  Syndicat
des gynécologues
et obstétriciens
de France



La convention médicale solvabilise
une partie de nos activités auprès
de l'assurance maladie obligatoire



Les bases du tarif conventionnel



1974

Nomenclature Générale des Actes Professionnels **NGAP**: les actes intellectuels

2005

Classification Commune des Actes Médicaux **CCAM** : les Actes Techniques ATM

les Actes De Chirurgie et Obstétriques ADC

Règle générale: Au cours d'une séance de soins

On ne peut pas facturer un acte NGAP avec un acte CCAM

On ne peut pas associer 2 actes NGAP

On peut facturer 2 actes CCAM: la plus forte valeur à 100%, le second à 50%.

Il existe des **Exceptions**, en nombre limité , fruits des négociations conventionnelles avec les syndicats.

Les **médecins de secteur 1** appliquent les tarifs strictement sauf demandes particulières des patientes ou consultations autre que de base. Il s'agit alors d'un dépassement exceptionnel DE

Depuis 1980 les **médecins de secteur 2**, fixent librement leurs honoraires, avec « Tact et Mesure », la CNAM baisse alors ses tarifs opposables.

Depuis 2016, l'Option à Tarif Maîtrisé (OPTAM et OPTAM CO) limite la liberté tarifaire mais les tarifs opposables sont les mêmes que les S1.

BIEN CODER SES ACTES



Pour le médecin:

- S1 il facture ses recettes,
- S2 il évite des rejets de facturation, les logiciels ne sont pas toujours au point et le médecin reste le responsable du codage.

Pour la patiente: Son remboursement est optimisé. Cela facilite le tiers payant, parfois incontournable: ALD, CSS, AME.

CLES DU SUCCES: RESPECTER LES REGLES ET CONNAITRE LES EXCEPTIONS
(comme la grammaire)

La consultation de référence: • suivi de pathologies chroniques stables; • prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité; • recours non liés au traitement d'une affection évolutive. (**CS pour S1 et S2 optam, 26,50€, C pour S2, 23€**)

La consultation coordonnée et de suivi par le médecin correspondant réalisée dans le cadre du **parcours de soins**, avec retour d'information vers le médecin traitant. Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (**MCS 5€**);

L'Avis Ponctuel de Consultant (APC 60€) sur demande du médecin traitant, patiente non vue dans les 4 mois qui précèdent retour au médecin traitant à tracer.

La téléconsultation: TCS 30€ S1 et S2 Optam/Optamco) TC 23€ pour les S2

BIEN CODER SES ACTES



Comment coder:

- une patiente, hors parcours de soins qui a déclaré un médecin traitant qui vous consulte pour métrorragies et ou douleurs pelviennes ? Elle nécessite en plus de la consultation clinique une échographie pelvienne dont vous disposez en consultation?
- ZCQJ001 ZCQJ002 ZCQJ003 ZCQJ006 ?
- CS +MCS ?
- Une consultation de suivi pour stérilet que vous avez posé il y a un an , asymptomatique a un médecin traitant?
- CS + MCS
- ZCQJ003 ?
- Une consultation de surveillance de grossesse avec RCIU clinique au 8eme mois, pas de médecin traitant?
- JQQM002 (TL) + CS (TO)
- Une consultation pour anomalie du FCV HPV+ et métrorragies pré ménopausiques, vous réalisez une colposcopie et une échographie pelvienne.
- ZCQJ006 ou ZCQJ003 + JLQE002 /2 + CS (TO)

LES REGLES DE LA CCAM



- UN ACTE CCAM ne peut pas être associé à un acte NGAP sauf exceptions: (JKHD001 QEHA001 JMHA001)
- UN ACTE CCAM est un acte global, il peut inclure plusieurs gestes thérapeutiques si précisés dans l'intitulé.
- UN ACTE CCAM peut être associé à un autre acte CCAM dont la valeur est alors divisée par 2, un troisième acte au cours de la même séance thérapeutique ne peut être facturé à l'assurance maladie, sauf exception.
- Il ne peut être facturé plusieurs actes différents par plusieurs médecins de la même spécialité au cours de la même séance (Intervention à 4 mains).
- Une exception dans la chirurgie complexe de l'endométriose pelvienne et digestive

LA VALEUR DES ACTES CCAM 1/3



A chaque acte est attaché un tarif payé par l'assurance maladie, il s'agit du tarif opposable.

Ce tarif peut être différent selon le secteur conventionnel d'activité S1 ou S2. Pour les actes chirurgicaux et les accouchements, ce tarif est le même depuis 2005, alors peut être différent ou identique à celui de 1990.

Au fil des négociations conventionnelles, il a été ajouté des modificateurs qui augmentent la valeur de l'acte d'un certain pourcentage.

Le modificateur J: majoration transitoire de chirurgie, d'une **valeur de 7% de l'acte** s'applique à une liste fermée (271) d'actes sanglants, non répétitifs, effectués au bloc opératoire par un spécialiste chirurgical ou un obstétricien dont l'accouchement ou la césarienne.

Le modificateur K: s'applique aux actes qui admettent le J pour les médecins S1 et les S2 qui ont adhéré à l'OPTAM ACO. Il s'applique aux S2 chaque fois qu'ils pratiquent un tarif opposable. **Valeur actuelle 30% de l'acte.**

VALEUR DES ACTES CCAM 2/3



- En résumé : **il n'y a jamais de K sans J**. Le K est une majoration plus forte, réservée aux actes déjà éligibles au J, et son application dépend du secteur conventionnel
- Secteur 1 et
- Secteur 2 OPTAM-ACO
- Secteur 2 si Tarif opposable.
- S2 OPTAM (non chir, non GO)
- le modificateur **T + 21,5%** s'applique aux actes CCAM.

LA VALEUR DES ACTES CCAM3/3



Modificateur	Valeur	Quand s'applique-t-il ?	Conditions	Cumul possible
O (urgence)	80 € (forfaitaire)	Actes d'urgence vitale ou d'organe en heures ouvrables	Acte non programmé, nécessité immédiate	Oui, avec J ou K
Majoration de nuit N	38,50 € MN 43,50 € MM	Actes réalisés entre 20h-0h et 0h-8h	Urgence ou garde	Oui, avec J ou K
Majoration dimanche/jour férié J	19,06 €	Actes réalisés le dimanche ou jour férié	Urgence ou garde	Oui, avec J ou K
Majoration de déplacement urgent	Variable selon distance	Déplacement du praticien pour urgence	Facturation spécifique	Oui, avec J ou K



OPTIMISER SES COTATIONS

ASSOCIATIONS D'ACTES 1/2



Les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre : le deuxième acte est alors tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle: Code association Taux Acte de tarif le plus élevé **1: 100 %**
2ème acte **3 : 75 %** ex: Mastectomie d'un côté et curage axillaire de l'autre.

Associations des petits actes à l'acte principal: Sondages urinaires, ablation de diu, d'implans. Intérêt particulier dans le cadre de l'OPTAM ACO.

ASSOCIATIONS D'ACTES 2/2



Dans un acte complexe comme la triple opération périnéale avec hystérectomie associée à :

- Richter ou
- Plastie du fascia prérectal ou
- colposuspension antérieure

la nomenclature offre 3 choix :

- hystérectomie et périnée ant,
- hystérectomie et périnée post et
- hystérectomie et périnée ant et post qui est moins rémunérée que les précédentes

Il faut donc associer les suspensions ou la plastie du fascia prérectal avec une double et non une triple opération.

Sur quel acte appliquer le complément d'honoraires



Nous recommandons de fixer globalement le montant de vos honoraires , la répartition des honoraires libres dépend de 2 facteurs:

Dans l'OPTAM ACO le double objectif : montant des honoraires libres et taux de tarifs opposables rend préférable de faire porter les honoraires libres sur un seul acte.

En Secteur 2: les patientes bien assurées seront bien remboursées dans les 2 cas, celles dont les assurances complémentaires n'assurent pas beaucoup gagneront à partager les honoraires libres sur les 2 actes.

L'AVENIR: REVISION DE LA CCAM ?



- Annoncée pour fin 2025 elle est maintenant attendue pour courant 2027....
- Elle va actualiser la version actuelle qui date de 2005 (qui avait vu l'arrivée de l'hystéroscopie et la coeliochirurgie)
- On attend la chirurgie hors bloc, la chirurgie Robotique, les interventions complexes carcinologiques et endométriose sévère.

On travaille à corriger les « oublis » du coût de la pratique de 2005 et l'absence de convergence vers les objectifs tarifaires obtenus par les syndicats majoritaires à cette époque où nous n'existions pas encore.

400 millions ont été réservés pour sa valorisation fin 2025, que restera-t-il 2 ans plus tard quand l'assurance maladie a 23 milliards de déficit en 2026 ?

L'actualité pré électorale est à la maîtrise du Secteur 2, au nom de l'égal accès aux soins pour tous, selon les scénarios du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) !



Merci !

syngof  Syndicat
des gynécologues
et obstétriciens
de France