



PROJET DE MODIFICATIONS DE LA LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS (LAP)

Par l'UNCAM

Résumé

La mise en œuvre de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie implique des modifications de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Ce document est une présentation des dernières propositions de modifications de l'UNCAM

Table des matières

Généralistes

Majoration de déplacement (MD) : ouverte aux gériatres et dans un cas particulier à toutes spécialités	2
Elargissement de la consultation très complexe réalisée au domicile du patient (VL) par le médecin traitant et augmentation de la fréquence de facturation.....	2
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance par le médecin généraliste ou le pédiatre.....	2
Consultations et majorations très complexes concernant les enfants avec troubles autistiques ou patient en situation de handicap par un pédiatre ou généraliste	3
Création de la consultation blanche pour une personne en situation de handicap	3
Création d'une nouvelle consultation pour patient en situation de handicap	4

Spécialistes

Nouvelle majoration et augmentation de la consultation en urgence pour les psychiatres	6
Création d'une majoration pour revaloriser l'activité de gynécologie médicale : MGM.....	6
Valorisation de l'activité de gynécologie médicale dans le prolongement d'une colposcopie	7
Extension de la consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des MST par un médecin généraliste un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme aux jeunes de moins de 26 ans	7

Téléexpertise

Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre professionnel de santé.....	8
Création de l'acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin : pour médecins et orthophonistes	8

Majoration de déplacement (MD) : ouverte aux gériatres et dans un cas particulier à toutes spécialités

Simplification : il ne sera plus nécessaire de remplir des critères administratifs et médicaux pour facturer une MD: il suffit que la situation de la personne ne lui permette pas d'envisager une consultation au cabinet du médecin

Ouverture de la MD aux gériatres : le médecin généraliste **ou le gériatre** facture la MD en sus des honoraires et indemnités kilométriques

Cas particulier : Cette MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, en cas de **déplacement pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre du dispositif de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées.**

Désormais dans tous les cas, le motif de la visite est communiqué sur demande au service médical.

Le reste est inchangé

Cotation : MD = 10€

Élargissement de la consultation très complexe réalisée au domicile du patient (VL) par le médecin traitant et augmentation de la fréquence de facturation

=> élargissement de la VL aux patients de 80 ans et plus en ALD : la visite peut être facturée 1fois/trimestre/an soit 4/an

=> augmentation de la fréquence de facturation à 1/trimestre soit 4/an (avant 3/an) pour les patients atteint de maladie neurodégénérative ;

=> augmentation de la fréquence de facturation à 4/an (avant 3/an) pour les patients en soins palliatifs.

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quel que soit le contexte de facturation.

Cotation VL = 60€

Nouvelle consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance par le médecin généraliste ou le pédiatre

Cette consultation est dénommée Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle permet d'effectuer le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE). Cette consultation est réalisée par le médecin généraliste ou le pédiatre.

Elle doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation ASE. Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

Cotation CCX = 46€

Consultations et majorations très complexes concernant les enfants avec troubles autistiques ou patient en situation de handicap par un pédiatre ou généraliste

Prise en compte des recommandations HAS et de l'amélioration de la prise en charge des troubles autistiques et patients en situation de handicap.

Extension de la CTE au trouble du neuro-développement et relation précoce mère-enfant

1. Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant par un généraliste ou un pédiatre : CTE

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque **de TND** chez un enfant présentant des **signes inhabituels du développement**, à partir de **signes d'alerte selon les recommandations HAS**. Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant.

La consultation dédiée à la recherche d'un TND comprend un examen clinique approfondi, le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2ème ligne. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE = 60€ (métropole).

Une consultation au plus par patient via le code prestation agrégé CCE peut être facturée.

2. La Majoration MIS s'appliquera également pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint :

d'un trouble du neuro-développement (selon définition HAS)

cotée MTX = 30€

Création de la consultation blanche pour une personne en situation de handicap

Par dérogation, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable dans les cas suivants :

- un temps de rencontre planifié avec le médecin, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;

- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

Elle est valorisée comme une consultation de référence.

Création d'une nouvelle consultation pour patient en situation de handicap

1. Pour remplir le premier certificat médical de la maison départementale du handicap (MDPH) Permettant ainsi à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne handicapée. Les renseignements demandés portent sur :

- les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent;
- les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles;
- les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.
- Les différents comptes-rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) peuvent être utilement joints au certificat médical avec l'accord du patient.
- En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.
- Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire.
- La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.
- La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

2. Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail d'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleurs conditions du patient en situation de handicap sévère. La situation de handicap sévère est comprise ici comme l'altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.

L'ancien et le nouveau médecin traitant facturent chacun la MPH.

Cotation MPH = 60€

Synthèse

- Gériatres : ils bénéficient désormais de la majoration de déplacement : MD = 10€.
- 4 visites longues par an 70€ (VL + MD) : les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, ont été élargies aux malades de 80 ans et plus, et en ALD. Facturable une fois par trimestre. Augmentation de la fréquence de facturation pour les patients souffrants de maladie neurodégénérative ou en soins palliatifs.
- Entrée dans l'aide sociale à l'enfance (ASE) : consultation complexe MCX 46 € (possible aussi pour les pédiatres). Permet de réaliser un bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance.
- Extension de la consultation CTE (repérage des troubles du spectre de l'autisme) aux troubles du neurodéveloppement et troubles de la relation précoce mère/enfant : 60€
- Extension de la MIS aux troubles de l'autisme et troubles du neurodéveloppement : +30€ (toutes spécialités)
- Remplissage du dossier MDPH et passage de dossier pour patient avec handicap sévère : cotation CTX 60 €

Nouvelle majoration et augmentation de la consultation en urgence pour les psychiatres

1. **Revalorisation de la consultation réalisée au cabinet par un psychiatre** dans les 2 jours suivant la demande du médecin traitant

Cette consultation sera facturée CNPSY 2 soit 78€ (avant 58,50€) ou TC2 soit 78€ (avant 58,50€) s'il s'agit d'une téléconsultation.

2. **Création d'une nouvelle majoration pour la prise en charge des enfants**

Lorsque le psychiatre effectue une consultation d'un **enfant de moins de 16 ans** et qu'il n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents de la convention nationale ou qu'il adhère aux options de pratique tarifaire maîtrisée, **la majoration tarifaire MP s'applique en sus du tarif de la consultation ou visite.**

Les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent bénéficier de cette majoration à condition de facturer leur visite ou consultation au tarif opposable

Elle est non cumulable avec la facturation de dépassement (DE)

3. **Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique**

Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour. Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.

Cette prise en charge est facturée CNPSY 0,8 soit 31,20€

Création d'une majoration pour revaloriser l'activité de gynécologie médicale : MGM

Cette majoration a pour objet de renforcer le recours aux médecins spécialistes. Sa facturation se fait via le code MGM = majoration des gynécologues médicaux (2€) + tarif MPC (2€) = 4€

Lorsque le gynécologue n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents de la convention nationale ou qu'il adhère aux options de pratique tarifaire maîtrisée, il **peut pratiquer une majoration tarifaire.**

Les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent également en bénéficier s'ils facturent leur consultation ou visite au tarif opposable.

Cette MGM n'est pas cumulable avec la facturation du dépassement (DE)

Valorisation de l'activité de gynécologie médicale dans le prolongement d'une colposcopie

Création d'un supplément d'une valeur de 15 euros pour une colposcopie.

Une colposcopie est indiquée lorsque :

- Des anomalies cellulaires sont évoquées lors du frottis cervico-vaginal de dépistage ;
- Une lésion du col utérin est suspectée lors d'un examen clinique
- L'origine d'un saignement génital est recherchée (saignement après les rapports sexuels..)
- L'origine de pertes génitales abondantes est recherchée.
- Lors de surveillance rapprochée du col utérin (en post-opératoire, après une conisation, condylomes...);

La colposcopie est un examen médical gynécologique qui consiste à l'observation visuelle par une loupe binoculaire, le colposcope, du col de l'utérus et du vagin. Elle est opérateur dépendant.

Elle comprend trois temps :

- Examen sans préparation ;
- Examen après application d'acide acétique à 3% ;
- Examen après application de Lugol (solution iodée) à 2%, appelé test de Schiller

Extension de la consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des MST par un médecin généraliste un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme aux jeunes de moins de 26 ans

Cette consultation ne visait jusqu'à présent que les jeunes filles mineures.

Elle permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Synthèse :

Psychiatres :

- Création d'une majoration spécifique de 3€ pour la CNPSY pour les patients de moins de 16 ans
- Urgences en psychiatrie : CNPSY multiplié par 2 soit 78€ (au lieu de 1,5) pour la consultation réalisée à la demande du médecin traitant ou par le régulateur libéral du SAS, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande.

Gynécologues médicaux :

- consultations +2€ (tous secteurs si tarifs opposables) ;
- Création d'un supplément de 15€ pour valoriser le temps médical et diagnostic réalisé dans le prolongement d'une colposcopie

Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre professionnel de santé

Mise à jour de l'article 14.9.4, suppression des dispositions relatives aux critères patients et suppression des niveaux 1 et 2

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont **facturables avec le code TE2** dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant

TE2 = 20€

Création de l'acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin : pour médecins et orthophonistes

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par le code RQD (10€) dans la limite de :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an ou orthophoniste requérant, pour un même patient.