

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décision du 3 octobre 2019 modifiant la décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : SSAU1934142S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 1^{er} octobre 2019 ;

Vu la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 7 mars 2019, du 6 juin 2019 et du 13 juin 2019,

Décide :

Art. 1^{er}. – Le livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée est ainsi modifié :

1° L'article 14.9 « Consultation obligatoire de l'enfant » est modifié comme suit :

« Les trois consultations complexes du pédiatre ou du médecin généraliste pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat sont dénommées "Consultation obligatoire de l'enfant (COE)".

Les consultations du nourrisson pour les examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-2 du code de santé publique, dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois inclus, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse, réalisée par le pédiatre ou le médecin généraliste est dénommée COE. Lors de ces consultations, le médecin :

- pratique un examen complet de l'enfant tel que défini par l'article R. 2132-1 du code de la santé publique et mentionne les résultats dans le carnet de santé de l'enfant ;
- établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant sur l'imprimé inséré dans le carnet de santé et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, conformément à l'article R. 2132-3 du code de santé publique.

Ces trois consultations sont facturées à tarif opposable. Elles ne sont pas cumulables avec les majorations NFP, NFE, MEP des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6 de la NGAP.

Conformément aux articles L. 160-9 du code de la sécurité sociale et L. 2132-2 du code de la santé publique, la première consultation dans les huit jours suivant la naissance est prise en charge au titre de l'assurance maternité et les deux suivantes sont prises en charge au titre de l'assurance maladie. »

2° L'article 15.9 « Consultations et majorations très complexe » du livre III est modifié dans sa partie *a* comme suit :

« *a*) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP, EPH et CTE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits 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 de soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration MEG (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 *bis* de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

[...] »

3° A l'article 18B du livre III dans « Dérogations » au a, la phrase suivante : « Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique » est supprimée.

A l'article 18B du livre III dans « cas particulier » le paragraphe suivant est supprimé :

« Avis ponctuel de consultant des anesthésistes

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le titre 2 de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cet avis ponctuel de consultant donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient. »

4° L'article 18C du livre III est modifié comme suit :

« C. – **Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste**

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Le chirurgien-dentiste spécialiste correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au chirurgien-dentiste ou au médecin ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au chirurgien-dentiste ou au médecin la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

Le chirurgien-dentiste ou le médecin s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Dérogations

a) Lorsqu'un chirurgien-dentiste spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

b) Lorsque le chirurgien-dentiste spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au chirurgien-dentiste ou au médecin. »

5° L'article 22 « Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation » du livre III est modifié comme suit :

« Art. 22. – Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique et première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée

a) Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique

Dans le cadre de la consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique le médecin anesthésiste-réanimateur note sa consultation en CS. Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA). Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins coordonnés défini dans le titre 2 de la convention médicale : « médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. »

b) Première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient

Dans le cadre d'une intervention non programmée pratiquée en urgence et entraînant une hospitalisation, l'anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois le patient, hospitalisé ou non, note sa consultation en CS même si elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie.

Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette CS ou APC ne peuvent se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie ou les actes autorisés en cumul avec la CS ou l'APC. Dans le cadre de l'urgence justifiée par l'état du malade, la consultation effectuée la nuit ou le dimanche et jours fériés, donne lieu, en plus de la CS ou l'APC à une majoration définie à l'article 14 de la NGAP.

Dans le cadre d'une nouvelle intervention durant un délai de 4 mois après la facturation de l'APC initiale, l'anesthésiste ne peut pas facturer un nouvel APC. Dans ce cas il facture la consultation CS même si le patient est en état clinique au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA. »

Art. 2. – La présente décision, ainsi que son annexe, sera publiée au *Journal officiel* de la République française

Fait le 3 octobre 2019.

Le collègue des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

*Le directeur général de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*

F.-E. BLANC